FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N° 851

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Sassoum Lèye DIOP

né le 1er Mars 1930 à Kolda (Sénégal)

Présentée et soutenue publiquement le

RAPPORT DE L'ENDOMETRIOSE OVARIENNE ET LE KYSTE OVARIEN A CONTENU HEMATIQUE

Président : Jacques HUGUIER, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534910_0025

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Sassoum Lèye DIOP

né le 1er Mars 1930 à Kolda (Sénégal)

Présentée et soutenue publiquement le

RAPPORT DE L'ENDOMETRIOSE OVARIENNE ET LE KYSTE OVARIEN A CONTENU HEMATIQUE

Président : Jacques HUGUIER, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

Toute ma tendresse.

A mes enfants

A mes parents

A mes amis,

En témoignage de mon affection profonde.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. HUGUIER

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
(Hôpital Broca)

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur R. MERGER

Professeur de Clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris - Hôpital St Antoine

auprès de qui j'ai toujours trouvé
bienveillance.

En témoignage de ma sincère gratitude.

A mon jury de thèse.

A mes maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux
de Paris.

A Monsieur le Professeur Agrégé CHEAO-SEANG-LÂN

Hôpital de l'Amitié Khméra Soviétique
de Pnom-Penh - Cambodge

qui a bien voulu nous accorder son concours.

En remerciement de sa précieuse amitié.

INTRODUCTION

Ce travail porte sur 104 kystes hématiques encore appelés kystes "goudrons" ou "chocolats" découverts chez 74 malades dont :

- 19 kystes hématiques bilatéraux
- 66 kystes hématiques unilatéraux.

Les malades qui en sont porteuses ont été traitées, 63 d'entre elles à la clinique gynécologie de l'hôpital Broca et les 11 autres en dehors de cette clinique.

Ces kystes ne sont pas tous endométriosiques. Leur aspect est simplement le témoin d'une hémorragie dont ils ont été le siège, mais ne préjuge pas de leur nature. Cependant, vu le regain d'actualité de l'endométriose, et cela grâce à deux congrès : le Congrès de Chirurgie en 1939 et celui à Lausanne en 1965 de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, ces kystes hématiques peuvent faire facilement poser le diagnostic d'endométriose ovarienne, surtout lorsqu'il existe des adhérences avec les organes voisins ; ils peuvent également être pris pour endométriose lorsqu'ils coexistent avec de véritables foyers d'endométriose. Ce diagnostic est facilement posé au cours de coelioscopie ou de coeliotomie. L'examen histologique permet de constater que le diagnostic macroscopique d'endométriose n'est pas toujours confirmé et que la plupart des kystes ovariens à contenu hématique ainsi étiquetés sont d'autres natures. Ils peuvent être :

- soit des endométrioses
- soit des kystes fonctionnels (kyste folliculaire, kyste lutéinique, corps jaune hémorragique)

- soit des kystes organiques malins ou bénins (kyste séreux, kyste germinatif, cancer ovarien).

C'est ce que veut démontrer cette étude.

RAPPEL ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ENDOMETRIOSE

Brocq et Varangot ont dans leur rapport de 1939 donné les notions anatomiques essentielles de l'endométriose :

- tumeur non encapsulée infiltrant irrégulièrement les organes,
- fréquence de la multiplicité des foyers, soit au contact du foyer principal soit à distance
- l'existence de kystes hématiques dus aux menstruations en vase clos ; à leur section le contenu est caractéristique : sang poisseux, noirâtre comparable à du goudron ou du chocolat.

Histologiquement l'endométriose est comparée à un utérus en miniature, elle comprend :

1.- Un épithélium glandulaire reproduisant exactement les aspects de celui de l'endomètre : cellules cylindriques hautes ou non, ciliées ou non, à cytoplasme clair avec mitoses. L'aspect varie suivant la période du cycle menstruel :

- au stade folliculinique du cycle ovarien, les cellules sont à cytoplasme clair, noyaux allongés, les mitoses sont fréquentes ;
- au stade follico-lutéinique du cycle ovarien, l'épithélium se plisse, ses cellules augmentent de volume, se chargent en glycogène, il peut y avoir formation d'épines conjonctives ou apparition d'artérioles spiralées. Cependant, parfois les modifications sont peu caractéristiques, il peut y avoir des troubles de récep-

tivité à l'action hormonale.

2.- Le chorion cytogène entoure cet épithélium glandulaire, il est formé de cellules trapues, à noyaux ovoïdes riches en chromatine, reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques. Il subit l'influence hormonale.

Ces deux éléments épithélium glandulaire et chorion cytogène font faire le diagnostic d'endométriose. Dans l'endométriose ovarienne, si la lésion est récente, on trouve des glandes et le chorion, si les hémorragies répétées ont modifié l'aspect initial, il est alors difficile de faire le diagnostic histologique ; il est nécessaire de faire des coupes multiples.

3.- Parfois s'ajoutent des fibres musculaires lisses entourant le chorion, une zone réactionnelle entoure l'ensemble ; elle correspond à une fibrose ou à des adhérences dues à l'irritation provoquées par le contenu des kystes fissurés ou rompus.

4.- Le contenu du kyste est fait de sang plus ou moins lysé et comprend des :

- pigments sanguins
- débris cellulaires nécrobiotiques
- polynucléaires altérés
- macrophages,

et lorsque l'endométriose n'est pas ancienne, on peut voir des cellules cylindriques basophiles de type endométrial, des hématies encore conservées et quelques rares macrophages.

LE KYSTE FOLLICULAIRE HEMORRAGIQUE

C'est un follicule de De Graaf ayant pris une allure kystique. On note autour d'une cavité des cellules granuleuses (granulosa) disposées en plusieurs couches de cellules denses, et à la périphérie, de celles-ci une deuxième couche de cellules dites thécales. La vascularisation thécale est intense, les mitoses sont multiples dans la gra-

nulosa. Parfois la granulosa du fait de la surdistension liquidienne intra-kystique peut se réduire à une seule couche cellulaire plus ou moins aplatie, voir même disparaître ; il est alors impossible de dire surtout lorsqu'on ne retrouve pas trace de ce que fut le cumulus proliger, s'il s'agit d'un kyste folliculaire ou d'un kyste séreux. Ce kyste folliculaire peut être hémorragique du fait de l'hypervascularisation de la thèque interne ; il y a décollement de la granulosa, puis pénétration du sang dans la cavité. On a invoqué une cause traumatique (torsion), une cause hormonale, l'hyperproduction de gonadotrophine hypophysaires pour expliquer les poussées congestives de ces éléments.

Le contenu de ce kyste folliculaire hémorragique. Il est séro-fibrino-hématique car fait d'un mélange de liquide folliculaire et de sang. Ce contenu peut se former de :

- cellules granuleuses
- surtout des cellules rondes modifiées, à noyau rétracté et à cytoplasme spumeux
- des hématies plus ou moins altérées
- des macrophages chargés d'hémosidérine.

LE KYSTE LUTEINIQUE HEMORRAGIQUE ET LE CORPS JAUNE HEMORRAGIQUE -

Selon l'opinion que les auteurs se faisaient de l'origine et de la nature du kyste, ils ont utilisé une terminologie et une classification différentes.

- Pour Gompel, il existe le kyste lutéinique comme dans la môle hydatiforme et le kyste du corps jaune (corps jaune périodique ou corps jaune gestatif à évolution kystique).
- Pour Cotte, le kyste du corps jaune surviendrait après la ponte ovulaire ou par lutéinisation d'un kyste folliculaire.
- Pour Dubreuil, le terme de kyste lutéinique ne convient pas, il les nomme kyste progestatif ou kyste gestatif lorsqu'ils se forment au cours de la grossesse.
- Du point de vue anatomique nous distinguons :

1.- Le kyste lutéinique : ses parois sont formées de cellules granuleuses lutéinisées entourées de cellules thécales lutéinisées avec capillaires sanguins et lymphatiques.

Le contenu du kyste lutéinique hémorragique comprend :

- des cellules à aspect fibroblastique
- des noyaux nus
- des cellules lutéales réfringentes parfois vacuolisées contenant du pigment céroïde.

2.- Le kyste du corps jaune qui est considéré comme une forme évolution du corps jaune hémorragique dont la cavité a pris la place de l'épanchement sanguin qui est en train de se résorber. Sa paroi est festonnée, moins épaisse que celle du kyste lutéinique ; le kyste du corps jaune est en général de petite taille. Cependant le diagnostic entre kyste lutéinique et du corps jaune est parfois difficile.

L'hémorragie dans ces corps jaunes peut être liée aux traumatismes (torsion) ou à la surcharge hormonale gonadotrophique hypophysaire.

LE KYSTE GERMINATIF -

Il se caractérise histologiquement comme une cavité tapissée d'un épithélium s'appelant l'épithélium ovarien primitif. Il est formé d'une couche de cellules germinales cuboïdales, présentant souvent des transformations métaplasiques avec éléments ciliés ou non qui les font d'après Novak ressembler à l'endomètre ou à l'épithélium salpingien.

EN RESUME -

Dans un kyste hématique, l'histologie peut dans quelques cas préciser la nature du kyste en retrouvant :

- soit une bordure de tissu granuleux (kyste folliculaire)

- soit des amas de cellules lutéales bordant une cavité (kyste lutéinique)
- soit l'existence d'un épithélium endométrial avec chorion cytogène (endométriose ovarienne)
- soit un kyste germinatif à épithélium rappelant l'épithélium ovarien primitif
- soit un kyste séreux
- soit un cancer ovarien, nous avons rencontré un cas de cancer cylindrique dans notre étude.

La cytologie du liquide de ponction peut aussi apporter un élément de diagnostic, en mettant en évidence les caractères spécifiques du contenu du kyste (Etude de De Brux et Dupré-Fromment et coll.)

NOS OBSERVATIONS

Nous avons étudié 104 kystes ovariens à contenu hématique chez 74 malades :

- 73 malades ont été opérées et leurs kystes hématiques examinés histologiquement soit par le Professeur Moricard, soit par le Professeur Duperrat, soit par le Professeur Agrégé De Brux.

- 1 malade n'a pas été opérée, le diagnostic a été fait grâce à l'étude cytologique du liquide de ponction du kyste, par le Professeur Agrégé De Brux.

Ce diagnostic a donné les résultats suivants :

- sur les 104 kystes hématiques :

25	endométrioses
26	kystes folliculaires
17	kystes lutéiniques
7	corps jaunes hémorragiques
1	kyste séreux
3	kystes germinatifs
1	cancer ovarien
24	cas incertains
Total : 104	

- le diagnostic définitif porté chez nos 74 malades est :

20 endométrioses
20 kystes folliculaires
13 kystes lutéiniques
6 corps jaunes hémorragiques
1 kyste séreux
2 kystes germinatifs
1 cancer ovarien
11 cas incertain

Total : 74

Nous avons considéré l'endométriose comme lésion majeure, les cas où nous l'avons observé associée à un kyste fonctionnel, le diagnostic définitif porté est endométriose.

OBSERVATIONS N° 1 à N° 74

Les 20 premières sont les endométrioses :

OBSERVATION N° 1 -

Mme G... Léontine, 45 ans, activité génitale.

Anamnèse : douleurs fosse iliaque gauche, douleurs pelviennes permanentes avec syndrome prémenstruel, fièvre et stérilité.

Antécédents : appendicectomie, rien à signaler par ailleurs.

Coelioscopie : utérus normal ; annexe droit mal visible ; trompe distendue inflammée, collée à une grosse masse tubo-ovarienne ; péritoire épais sous lequel se dessinent quelques kystes bleuâtres ; endométriose probable.

Compte-rendu opératoire : adhérences généralisées qui cloisonnent le ventre en logettes multiples. Kyste de l'ovaire

gauche et endométriose disséminée. Hystérectomie sans conservation.

Compte-rendu histologique :

- ovaire gauche endométriose de l'ovaire probable, épithélium sus-jacent à un chorion cytogène ;
- Annexe droite, endométriose tubaire avec différenciation très nette du chorion cytogène ;
- Annexe gauche, endométriose moins nette

Diagnostic définitif : endométriose ovarienne et tubaire.

OBSERVATION N° 2 -

L... Pierrette, 29 ans, mariée, activité génitale.

Anamnèse : douleurs pelviennes permanentes

Antécédents : 1 fausse couche
3 accouchements.

Compte-rendu opératoire : adhérences très denses des annexes au ligament large et du sigmoïde à l'utérus. Résection cunéiforme bilatérale des ovaires pleins de kystes goudrons. Résection des foyers d'endométriose entre :
1 - rectum et ligaments utéro-sacrés
2 - en avant du ligament rond droit

Compte-rendu histologique

- ovaire droit : kyste hématique dans la paroi duquel on trouve de nombreux macrophages contenant des pigments hématiques ;
- ovaire gauche : kyste hématique qui paraît d'origine endométriale ;
- ligament utéro sacré gauche : endométriose
- péritoine vésicale : petit foyer d'endométriose

Diagnostic définitif : endométriose ovarienne et du péritoine pelvien.

OBSERVATION N° 3 -

T... Ginette, 33 ans, mariée.

Signes fonctionnels : vient consulter pour des méno-métrorragies depuis 18 mois. En plus, syndrome prémenstruel, des douleurs pelviennes permanentes, dysménorrhée en général, dyspareunie depuis quelques mois, consipation opiniâtre.

Antécédents : 1 accouchement
appendicectomie en 1942

Coelioscopie :

- ovaire droit : kyste de la grosseur d'une orange, ponction liquide noirâtre, sanglant mais ne parvient pas à effacer la poche ;
- ovaire gauche : non vu.

Compte-rendu opératoire :

- ovaire droit : nombreuses poches kystiques, séparées ⟶ kystectomie
- ovaire gauche : nombreuses petites poches contenant du liquide noirâtre ⟶ kystectomie.

Compte-rendu histologique :

- ovaire droit : kyste hématique bordé par une paroi scléreuse. Nombreux kystes bordés par un épithélium cylindrique reposant sur un tissu qui rappelle le chorion cytogène
- ovaire gauche : identique

Conclusion : endométriose probable.

OBSERVATION N° 4 -

Mme R... Léone, 47 ans.

Signes fonctionnels : Ménométrorragies depuis 6 mois ; syndrome prémenstruel ; pollakurie.

Antécédents : zéro.

Compte-rendu opératoire :

- Endométriose diffuse du péritoine
- Enorme kyste hématique bloquant le pelvis. Kystes bilatéraux contenant du sang goudronneux. Hystérectomie avec ablation des 2 annexes.

Compte-rendu histologique :

- ovaires : nombreux foyers d'endométriose, présence de kystes hémorragiques.

OBSERVATION N° 5 -

Mme DE J... Anne.

Anamnèse : Depuis 7 mois, tuméfaction abdomino-pelvienne gauche mobile. Règles irrégulières depuis 4 ans.

Antécédents : fibrome

Examen physique : utérus polyfibromateux, très mobile, outre la tuméfaction, col légèrement métritique.

Compte-rendu opératoire : hystérectomie totale sans conservation pour énorme fibrome multilobé et un kyste goudron de l'ovaire droit.

Compte-rendu histologique : ovaires follicules hémorragiques où l'on retrouve la granulose et la tèque, présence d'un kyste bordé par un revêtement aplati, zone glandulaire où l'on peut discuter la présence d'un chorion cytogène.

Conclusion : endométriose possible mais pas tout à fait typique.

OBSERVATION N° 6 -

Mme B... Jacqueline, 37 ans, mariée. Vient consulter pour fibrome. Stérilité.

Compte-rendu opératoire : utérus fibromateux, trompe droite épaissie et dilatée avec petit hydrosalpinx ampullaire. Ovaire droit : kyste prolabé dans le Douglass. Ovaire gauche : volume d'une petite mandarine hématique polylobé, on ne reconnaît aucun parenchyme. Hystérectomie totale sans conservation.

Compte-rendu histologique :

- ovaire gauche corps jaune hémorragique
- ovaire droit sur la superficie ovarienne, zone d'endométriose.

Diagnostic définitif : endométriose de l'ovaire droit associé à un corps jaune hémorragique de l'ovaire gauche.

OBSERVATION N° 7 -

Mme B... Andrée, 44 ans, mariée.

Vient pour fibrome, par ailleurs douleurs intermittentes, aménorrhée.

Antécédents :

- Appendicectomie 1939
- Adénome kystique du sein enlevé
- Salpingite post-puerpérale
- 1 avortement
- 1 accouchement
- Fibrome.

Biopsie endomètre : état folliculo-lutéinique

Compte-rendu opératoire :

- Fibrome utérin
- Endométriose ovaire gauche, adhérences classiques des endométrioses - ovaire drois : 1 kyste goudron,
- Hystérectomie totale avec conservation annexe droite.

Compte-rendu histologique : Kyste hémorragique bordé par un épithélium, cylindrique reposant sur un chorion cytogène, contenant des cellules bourrées de pigments hématiques et d'origine endométriosique probable.

OBSERVATION N° 8 -

S... Jeanine, 29 ans.

Aucun renseignement sur le dossier.

Compte-rendu opératoire : Endométriose ? Foyers d'endométriose sur ovaires D et G, péritoine, face postérieure de l'utérus.

Compte-rendu histologique :

- Péritoine et face postérieure de l'utérus : présence d'un tube glandulaire, entouré par un tissu rappelant le chorion cytogène d'endométriose possible.
- Ovaire G : kyste lutéinique ? présence d'un follicule hémorragique, on ne trouve pas de foyers nets d'endométriose
- Ovaire D : kyste hémorragique bordé par un épithélium cylindrique qui recouvre un tissu conjonctif lâche hémorragique, d'endométriose possible.

Conclusion : endométriose ovarienne et du péritoine pelvien.

OBSERVATION N° 9 -

T... Ginette, 33 ans, mariée.

Motif de consultation : dysménorrhée secondaire, dyspareu-

nie, autres signes fonctionnels, ménométrorragies, syndrome prémenstruel.

Antécédents : cystite
appendicectomie à 13 ans
amygdalectomie
1 accouchement.

Compte-rendu opératoire :

- Ovaire D : nombreuses poches kystiques
- Ovaire G : plusieurs petites poches kystiques contenant du liquide noirâtre
- Kystectomie.

Compte-rendu histologique :

- Ovaire gauche : kyste hématique bordé par une paroi scléreuse, formation kystique bordée par un épithélium cylindrique reposant sur un tissu qui rappelle le chorion cytogène.
- Ovaire droit : d°

Conclusion : endométriose très probable.

OBSERVATION N° 10 -

F... Hermine, 30 ans, mariée.

Vient pour dysménorrhée secondaire, dyspareunie, en outre, douleurs lombaires, fièvre.

Antécédents : 1 accouchement

Compte-rendu opératoire : kyste hématique de l'ovaire, hystérectomie castratrice.

Histologie : endométriose ovarienne.

OBSERVATION N° 11 -

L... Solange, 28 ans.

Consulte pour dysménorrhée primaire. Elle accuse un syndrome prémenstruel, se plaint de stérilité.

Antécédents : appendicectomie il y a 7 ans
fibrome

Hystéro salpingographie : anomalie de la trompe gauche

Coelioscopie : myome de la corne droite, endométriose de l'ovaire gauche.

Compte-rendu opératoire : à gauche, ovaire envahi de kyste goudron et nodule de la corne. Annexectomie droite. Utérus avec myome de la corne droite : myomectomie, résection du nerf présacré.

Compte-rendu histologique : endométriose ovarienne typique. Présence de glycogène.

OBSERVATION N° 12 -

P... Adine, 32 ans, mariée.

Présente une dysménorrhée en général, des ménorragies, un syndrome prémenstruel.

Antécédents : appendicectomie
1 mort-né
1 phlébite du post-partum

Coelioscopie : endométriose : ovaire droit et trompe gauche

Compte-rendu opératoire : ovaire gauche, foyer d'endométriose. Nombreux autres foyers sur la face postérieure des ligaments larges et corne utérine droite, ablation des foyers.

Histologie : tissu conjonctif et tissu adipeux dans lequel on

trouve des ilots de tissu endométrial.

Conclusion : endométriose de l'ovaire et du péritoine pelvien

OBSERVATION N° 13 -

Mme W... Hubert, 38 ans, mariée.

Se plaint de stérilité secondaire, dysménorrhée en général et de dyspareunie.

Antécédents : ulcère duodénal
appendicectomie
avortement à 2 mois 1/2

Hystérosalpingographie : adhérences à gauche, obturation tubaire externe à droite.

Coelioscopie : ovaires gros bosselés. Ponction : à droite, sérosité rosée ; à gauche, chocolat épais.

C.R.O. : Utérus normal. Trompes normales. Douglass partiellement cloisonné. Ovaire droit et gauche : petits kystes goudronneux et adhérents au colon voisin, ainsi qu'au péritoine du ligament large. Résection cunéiforme et résection des zones d'endométriose.

Histologie :

- Ovaire droit : kyste bordé par un tissu scléreux, on ne trouve pas d'endométriose sur les fragments examinés.
- Ovaire gauche : kyste hémorragique ancien et petit foyer d'endométriose avec présence de chorion cytogène.

OBSERVATION N° 14 -

L... Madeleine, 31 ans.

A été suivie pour stérilité et dysménorrhée.

Antécédents : Brucellose en Corse. Oreillons.
1 accouchement.

Hystéro salpingographie : cavité un peu arquée, trompe normale, persistance de liquide dans la partie distale.

Coelioscopie : A gauche, poche séro-hématique, endométriose probable, passage bilatéral du bleu.

C.R.O. : ovaire droit kystique (gros abricot) rompu dans le Douglas avec face postérieure de l'utérus orientée. Ovaire G kystique (prune). Résection bilatérale des deux ovaires.

OBSERVATION N° 15 -

L... Ginette, 32 ans, mariée.

Consulte pour stérilité primaire et dysménorrhée en général. Norluten trois, légère amélioration.

Antécédents : Tuberculose pulmonaire, appendicectomie, fibrome.

Coelioscopie : Fibrome, kyste hématique.

C.R.O. : Opération conservatrice.

Histologie : endométriose ovarienne.

OBSERVATION N° 16 -

Le Cornec, 56 ans. Ménopausée depuis 2 ans. Consulte pour douleurs lombaires survenant par crises.

Antécédents : 9 enfants

C.R.O. : torsion annexe droite (2 tours) où le kyste est hématique.

Histologie : kyste à paroi dilacérée par oedème et ruptures hémorragiques, endométriose ancienne et remaniée ayant subi des hémorragies successives d'où sa dilatation et torsion de son pédicule.

OBSERVATION N° 17 -

M... Françoise, 28 ans.

Motif consultation : stérilité primaire

Antécédents : 1963 annexectomie gauche pour rupture de kyste de l'ovaire gauche.
Appendicectomie à 17 ans.

Examen sous anesthésie générale : utérus normal. On sent une masse arrondie plus ferme que l'utérus séparé de celui-ci par un sillon, se mobilisant cependant avec lui.

Coelioscopie : Palmer. Endométriose ovarienne droite. Traitement progestatif (Norluten) pendant 2 mois pour obtenir la régression de l'endométriose, puis intervention. Ponction du kyste ramenant 70 cc de liquide chocolat.

Cytologie du liquide de ponction : aspect typique d'endométriose.

OBSERVATION N° 18 -

M... Eléonore, 38 ans.

Histoire de la maladie : Suivie pour stérilité primaire. Apparition d'algies pelviennes après insufflation. On a

pensé salpingite d'où traitement antibiotique. Dans les suites, découverte d'une masse pelvienne au niveau du cul-de-sac gauche, fixée, indépendante de l'utérus.

Coelioscopie : kyste goudron rompu probablement de l'ovaire gauche.

C.R.O. : Kyste de l'ovaire gauche de la taille d'un pamplemousse. Kyste rompu au préalable. Ovaire droit fixé profondément et porteur de kyste goudron de la taille d'un abricot. Utérus fixé avec points d'endométriose à sa face postérieure. Résection des deux kystes goudrons.

Histologie : Ovaire gauche : cavité bordée par un épithélium de type endométrial
Ovaire droit : endométriose typique, cavité bordée par un épithélium endométrial avec chorion cytogène.

OBSERVATION N° 19 -

G... Erganian, 32 ans.

Consulte pour stérilité primaire et douleurs pelviennes gauches.

Antécédents : appendicectomie à 14 ans.

H.S.G. : image d'hydrosalpinx bilatérale surtout gauche avec absence de passage tubaire gauche.

Coelioscopie : Dr Palmer : adhérences masquant l'annexe gauche. A droite, kyste hématique ou endométriose ovarienne. Ponction du kyste.

C.R.O. : Très nombreuses adhérences du colon à deux poches kystiques. La droite chocolat, la gauche contient l'annexe entier. Libération : à droite, trompe droite normale, gros kyste chocolat, à gauche trompe contournée agglutinée avec un ovaire dystrophique microkystique. Kystectomie droite. Codonolysis bilatéral. Fixation des ovaires au niveau des lombo-ovariens.

Cytologie du liquide de ponction : endométriose non suspecte.

Histologie : ovaire droit : endométriose possible, mais il n'y a pas une bonne identification du chorion cytogène.

OBSERVATION N° 20 -

B. Nicolle, 25 ans.

Vient pour stérilité primaire, dyspareunie, dysménorrhée.

Antécédents : appendicectomie à 14 ans.

Examen clinique : masse annexielle droite douloureuse, rétroversion.

H.S.G. : adhérences à droite, trompe injectée mal vue, à gauche, trompe gauche sténosée mais semble perméable.

C.R.O. : (Palmer) A droite : ovaire comme une orange bourrée de kystes chocolats, résection subtotale de l'ovaire. A gauche : ovaire scléreux, trompe d'apparence inflammatoire. Salpingostomie médio-ampullaire genre Dudley. Résection nerf pré-sacré. Double ligamentopexie utérine et ovarienne par section du ligament rond, la moitié externe suspendant le pôle ovarien, la moitié interne suspendant l'utérus à l'anneau inguinal.

Histologie : Trompe, petite réaction inflammatoire.
Ovaire droit : endométriose.

OBSERVATION N° 21 -

V... Jeanne Marie, 36 ans, mariée.

Anamnèse : Stérilité primaire depuis 12 ans. Opération plastique tubaire.

Antécédents : Salpingite ? il y a 10 - 11 ans
Appendicectomie.

Hystérosalpingographie : Cavité utérine petite. Dilatation distale de la trompe gauche. Trompe droite normale. Aucun passage péritonéal.

Coelioscopie : à gauche, hydrosalpinx ; aucune suspicion de tuberculose ; à droite, trompe peletonnée ; adhérences aux grêles.

Compte-rendu opératoire: Pavillon droit atrophique ; franges bien dessinées ; ovaire gauche : kyste goudron ; trompe collée dans son 1/3 externe sur un foyer d'endométriose; stomaptoplastie selon Novak ; nombreux foyers d'endométriose sur le sigmoïde ; le pédicule lombo-ovarien droit.

OBSERVATION N° 22 -

F... Simone, 47 ans.

Vient pour fibrome, métrorragies, dysménorrhée en général.

Antécédents : Réimplantation tubaire à 35 ans.

Coelioscopie : myome sous muqueux ; reflux de sang dans la trompe droite

C.R.O. : Hystérectomie sub-totale pour fibrome de la corne droite et du fond avec castration pour endométriose ovarienne gauche et kyste ovaire droit. Douglas : nombreuses adhérences.

Histologie : ovaire gauche : kyste chocolat d'origine folliculaire ;
ovaire droit : dans le tissu conjonctif ovarien, on trouve quelques rares cavités recouvertes par un épithélium cylindrique sans chorion cytogène et sans contenu hémorragique.

OBSERVATION N° 23 -

J... Ignès, 34 ans.

Présente de la dysménorrhée secondaire, un syndrome inter et prémenstruel.

Antécédents : 2 accouchements, dont 2 jumeaux
Fibrome.

Biopsie d'endomètre : état folliculinique

C.R.O. : Hystérectomie totale sans conservation pour fibrome ; 2 gros kystes ovariens à contenu hématique gros comme un melon. Sur les tranches de section libératrice du rectum : nombreux petits kystes bleus, témoin d'endométriose.

Histologie : Ovaire gauche : kyste bordé par un tissu contenant des macrophages, sclérose du tissu ovarien sous-jacent ;
Ovaire droit : kyste lutéinique ancien hémorragique.

OBSERVATION N° 24 -

F... Yvonne.

Douleurs pelviennes basses à type d'élancement avec paroxysme depuis 2 mois, légère recrudescence prémenstruelle cédant mal aux antalgiques.

Antécédents : grippe espagnole
salpingite
1 accouchement

Coelioscopie : à droite : kyste ovaire ou coecum adhérent à l'annexe ;
à gauche : petit kyste, aspect inflammatoire du petit bassin.

C.R.O. : importante endométriose ovarienne bilatérale avec à droite un kyste goudron de volume d'une orange.

à gauche, 1 ovaire également kystique à contenu goudron de volume d'une mandarine. Ces 2 kystes adhèrent aux organes voisins.

Histologie : ovaire droit : kyste bordé par un épithélium cubique reposant sur un tissu conjonctif dense. Annexe gauche. Hydrosalpinx.

Conclusion : Séquelles de lésions inflammatoires. Pas d'endométriose reconnaissable.

OBSERVATION N° 25 -

I... Gervaix, 46 ans.

Ménométrorragies depuis un an.

Antécédents : 1 avortement, 1 accouchement, fibrome

Biopsie endomètre : état folliculinique atypique.

C.R.O. : utérus déformé par de nombreux myomes banaux. à droite : poche contenant du liquide chocolat. à gauche : ovaire augmenté de volume adhérent aussi à la trompe. Annexectomie. Hystérectomie subtotale. Endométriose ovarienne probable.

Histologie : Annexe gauche : kyste hémorragique reposant sur une paroi scléreuse probablement d'origine folliculaire.
Annexe droite : kyste hématique bordé par un tissu dans lequel on trouve des ilots cyclindriques. Réaction inflammatoire diffuse. Il ne semble s'agir d'un foyer d'endométriose.

OBSERVATION N° 26 -

C... Paquerette, 47 ans.

Vient pour pertes rosées post-menstruelles. Dysménorrhée en général et stérilité.

Antécédent : petit polype du col et fibrome.

C.R.O. : fibrome et endométriose : hystérectomie totale sans conservation des annexes. Les 2 ovaires intimement adhérents sont le siège d'un kyste goudron. Douglas, siège d'un volumineux noyaux relié intimement au rectum.

Histologie : Endométriose du cul-de-sac postérieur. Pas d'endométriose du col. Ovaire : corps jaune.

OBSERVATION N° 27 -

P... Gisèle, 37 ans, mariée.

Leucorrhées. Dysménorrhée en général.

Antécédents : Appendicectomie. 2 accouchements. Fibrome.

Biopsie d'endomètre : état follico-lutéinique atypique.

C.R.O. : deux gros kystes de l'ovaire à contenu goudron et un gros utérus ramolli. Hystérectomie supra-vaginale sans conservation des annexes. Endométriose ?

Histologie : 1er ovaire : corps jaune avec petits follicules hémorragiques anciens, pas d'endométriose.
2ème ovaire : ovaire kystique.

OBSERVATION N° 28 -

L... Christiane, 36 ans, mariée.

Dysménorrhée secondaire, syndrome prémenstruel.

Antécédents : curetage, fibrome.

C.R.O. : petit fibrome de la face antérieure de l'utérus. Deux ovaires kystiques : "chocolats" typiques d'endométriose. Résection cunéiforme large. Ablation du fibrome.

Histologie : Ovaire droit : petit kyste bordé par un tissu bourré de macrophages contenant du pigment hématique atypique. Pas d'image caractéristique d'endométriose. Ovaire gauche : d°, présence d'un corps jaune.

OBSERVATION N° 29 -

L... Paulette, 28 ans.

Suivie pour méno-métrorragies et rétroversion utérine.

Biopsie d'endomètre : état folliculinique.

C.R.O. : Ovaire gauche : ovarite scléro-kystique. Ovaire droit : endométriose ayant entrainé des adhérences importantes à la paroi latérale. Les annexes droites ne peuvent pas être libérées. Annexectomie droite. Hystérotomie médiane antérieure. On extirpe un polype muqueux sessile. Curetage de la cavité utérine ne ramenant pas de débris.

Histologie : Ovaire droit : petits kystes folliculaires, corps jaune à la surface de l'ovaire. Condensation conjonctive d'épaisseur irrégulière.

Conclusion : Séquelle d'inflammation ancienne.

OBSERVATION N° 30 -

F... Anne-Marie, 47 ans, mariée.

Présente des ménorragies, de la dysménorrhée en général.

Antécédents : Grossesse extra-utérine en 1942

Biopsie d'endomètre : Imprégnation oestrogénique basse

C.R.O. : Hystérectomie subtotale non conservatrice de l'ovaire unique restant, fibrome, kyste goudron de

l'ovaire restant.

Histologie : pas d'image caractéristique d'endométriose

OBSERVATION N° 31 -

P... Lucienne, 47 ans.

Vient pour douleurs abdomino-pelviennes depuis 1 ans, douleurs permanentes.

Antécédents : appendicectomie, fibrome.

Biopsie d'endomètre : état follico-lutéinique.

C.R.O. : Hystérectomie totale non conservatrice. Kyste hématique de l'ovaire gauche. Endométriose du ligament large, rectum, Douglas, dissection difficile.

Histologie : ovaire : présence de follicules en développement et de follicules atrétiques. Deux cavités recouvertes par un épithélium cylindrique, mais sans différenciation, d'un chorion cytogène. On ne peut affirmer sur les fragments examinés l'existence d'une endométriose.

OBSERVATION N° 32 -

M... Yvette, 33 ans, mariée.

Douleurs pelviennes permanentes depuis 3 semaines.

Antécédents : 1 avortement, 2 accouchements.

C.R.O. : Endométriose évidente de l'ovaire droit et probablement de la trompe qui est siège d'hématosalpinx. Annexectomie droite avec salpingectomie rétrograde et résection de la corne. Pour désir d'enfant, on se borne à l'annexectomie droite.

Histologie : ovaire droit : kyste folliculaire
trompe : hématosalpinx, contenant des villosités choriales.

OBSERVATION N° 33 -

P... Marie, 39 ans.

Vient pour méno-métrorragies.

Antécédent : fibrome

Biopsie d'endomètre : état follico-lutéinique

C.R.O. : Endométriose diffuse du petit bassin. Kyste goudron de l'ovaire droit. Nombreux foyers d'endométriose sur l'ovaire gauche. Rétraction des ligaments utéro-sacrés. Hystérectomie totale. Libération du rectum.

Histologie : Kyste goudron : kyste folliculaire ancien à contenu hémorragique. On retrouve nettement dans les parois, la thèque et l'épaisseur de la membrane de Slavzansky. Follicules atrétiques hémorragiques.

OBSERVATION N° 34 -

A... Simone, 57 ans. Ménopausée. Métrorragies.

C.R.O. : Hystérectomie banale. Ovaire gauche : kyste goudronneux. Gros fibrome oedématieux avec pseudo-kyste par places.

Histologie : Ovaire gauche : paroi en voie de fibrose. Cependant quelques cellules lutéales sont encore reconnaissables ⟶ kyste lutéinique. Fibrome nécrobiose hémorragique : bénin.

OBSERVATION N° 35 -

St A... Andrée, 29 ans.

Suivie pour métrorragies depuis un an, dysménorrhée secondaire depuis 2 ans, par ailleurs règles irrégulières.

Antécédents : Bronchites fréquentes. Pexie utérine pour rétroversion. Appendicectomie.

C.R.O. : petit kyste de l'ovaire gauche. Kystectomie. Il semble s'agir d'une endométriose. Résection du nerf présacré. Utérus à mobilité extrême. Douglassectomie raccourcissement des ligaments ronds.

Histologie : Kyste hémorragique sur lequel on reconnait la formation lutéinique caractéristique. Il existe un épaississement scléreux du cortex ovarien, très nombreux follicules primordiaux. Pas d'endométriose.

OBSERVATION N° 36 -

D... Françoise, 27 ans.

Vient pour douleurs pelviennes permanentes, dyspareunie avec à l'examen, fibrome utérin à noyaux multiples.

Antécédents : rougeole, angines, grippes, crises d'asthme.

C.R.O. : à droite : kyste hématique. On peut l'extirper en laissant du parenchyme ovarien.
à gauche : après dissection difficile inter recto ligament large. On peut libérer un kyste hématique de grosseur d'un oeuf. Il n'existe pas de parenchyme ovarien. Hydrosalpinx.

Histologie : Trompe gauche sensiblement normale avec petite réaction fibreuse du chorion. Ovaire droit : très grosse réaction fibreuse du stroma ovarien. Présence d'un petit kyste bordé par des macrophages contenant des pigments hématiques. Stroma ovarien très fibreux.

OBSERVATION N° 37 -

P... Andrée, 30 ans.

Consulte pour douleurs pelviennes basses permanentes, exagérées pendant les règles. On pense à l'appendicite.

Antécédents : dysenterie amibienne.

Hystérographie : cavité déviée à droite.

C.R.O. : gros ovaire droit. Appendice d'apparence normale. Kyste hématique de la grosseur d'un oeuf de pigeon. Résection cunéiforme de l'ovaire droit. Appendicectomie.

Histologie : 1er fragment d'ovaire : fibromicrokystique
2ème " " : corps jaune hémorragique.

OBSERVATION N° 38 -

D... Lucienne, 28 ans, mariée.

Vient pour douleurs pelviennes survenant par crises depuis 2 mois, avec leucorrhées prémenstruelles.

Antécédents : une fausse couche spontanée, un accouchement.

Examen : Ectropion du col. Kyste ovaire gauche tordu ?

C.R.O. : kyste de l'ovaire gauche adhérent notamment au sigmoïde. Kyste goudronneux. Kystectomie.

Histologie : Paroi du kyste : nombreuses couches de cellules lutéales. Riche vascularisation. Kyste lutéinique.

OBSERVATION N° 39 -

B... Marie-Thérèse, 44 ans. Préménopause.

Présente depuis 2 ans des ménorragies, une alter-

nance d'aménorrhée-métrorragies après sténandiol et curetage.

Antécédent : curetage.

Hystéro salpingographie : aspect régulier des bords mais flou endocavitaire. Trompe droite seule perméable.

C.R.O. : Hystérectomie. Ovaire droit : kyste goudronneux, volume d'une prune.

Histologie : Kyste hématique bordé par une seule couche de cellules cylindriques. Il s'agit d'un kyste germinatif bénin (Prof. Duperrat).

OBSERVATION N° 40 -

J... Jeanine, 27 ans.

Crises douloureuses pelviennes gauches chez une femme enceinte de 2 mois. On pense à une torsion de kyste. Cette femme se plaignait d'un syndrome prémenstruel, d'avoir des règles irrégulières et de la dysménorrhée en général.

Antécédents : ictère 1942. Appendicectomie.

C.R.O. : volumineux kyste prolabé dans le Douglas. Enorme kyste goudron. Castration normale gauche.

Histologie : Kyste bordé par un tissu d'aspect lutéinique.

OBSERVATION N° 41 -

T... Jeanine, 26 ans, mariée.

Présente des douleurs lombaires depuis l'accouchement, avec règles irrégulières.

Antécédents : Ptose rénale. 1 accouchement. 2 kystes paraovariens.

Biopsie d'endomètre : état follico-lutéinique.

C.R.O. : Kyste hématique de l'ovaire gauche.

Histologie : Kyste lutéinique hématique.

OBSERVATION N° 42 -

G... Simone, 37 ans.

Douleurs pelviennes permanentes. Règles irrégulières. Fièvre 39°2 après hystérosalpingographie.

C.R.O. : gros kystes goudronneux enlevés en respectant trompe et ovaire. Petit kyste bleuâtre.

Histologie : Kyste tapissé par des cellules claires de type lutéinique. Ces cellules sont richement vascularisées. La seconde petite formation hématique est un kyste folliculaire à cellules granuleuses.

OBSERVATION N° 43 -

H... Catherine, 25 ans.

Suivie pour tumeur abdominale qui faisait penser à une môle. Réaction biologique négative. Règles normales.

C.R.O. : 2 kystes goudrons.

Histologie : kyste goudronneux à 10 à 20 couches, cellules lutéales. Kyste lutéinique.

OBSERVATION N° 44 -

H... Raymonde, 51 ans, mariée.

Vient pour alternance, métrorragies, aménorrhés.

Antécédents : 1 grossesse extra utérine. 1 accouchement. Appendicectomie. Fibrome.

C.R.O. : Kyste hématique de l'ovaire gauche. Débris gélatineux au niveau de l'ovaire droit. Hystérectomie totale.

Histologie : petits fibromyomes multiples banaux. Muqueuse atrophique. Ovaire : kyste hématique bordé par 1 tissu d'aspect lutéinique, présence de follicules atrétiques.

OBSERVATION N° 45 -

C... Iréine, 29 ans.

Présente des métrorragies après retard de règles de 3 mois.

Antécédents : primo-infection à 9 ans. 2 accouchements.

Biopsie d'endomètre : état follico-lutéinique.

C.R.O. : ovaire droit : gros kyste hémorragique. Kystectomie.

Histologie : volumineux corps jaune kystique.

OBSERVATION N° 46 -

C... Monique, 23 ans, mariée.

Douleurs pelviennes permanentes. Syndrome prémenstruel.

Antécédents : maladies infantiles, 1 avortement, 1 accouchement, appendicectomie.

C.R.O. : Kyste séro-hématique de l'ovaire droit gros comme une orange, adhérent au fond du Douglas. Résection.

Histologie : corps jaune récent hypertrophique.

OBSERVATION N° 47 -

G... Nicole, 25 ans, mariée.

Se plaint d'algies permanentes, de dyspareunie et de stérilité.

Antécédents : primo-infection à 10 ans. Hydrosalpinx bilatéral.

Coelioscopie : aspect de kyste non hématique.

C.R.O. : Hydrosalpinx bilatéral. Kyste hématique de l'ovaire droit. Résection. Salpingectomie gauche avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : Trompe droite. Hydrosalpinx. Trompe gauche : d° Présence de sang dans la cavité. Ovaire droit : kyste hématique bordé par un tissu de type théqual.

OBSERVATION N° 48 -

H... Claude.

Douleurs pelviennes permanentes.

Antécédents : 1 avortement, 2 accouchements.

C.R.O. : Kyste de l'ovaire droit hémorragique. Résection. Foyers d'endométriose sur les ligaments utéro-sacrés, Douglas.

Histologie : Ovaire : kystes folliculaires et kystes atrétiques. Cul-de-sac de H. Douglas : hémorragie du chorion.

OBSERVATION N° 49 -

C... Simone, 36 ans, mariée.

Vient consulter pour dysménorrhée secondaire. Par ailleurs, métrorragies depuis 5 à 6 mois.

Antécédents : Cholécystectomie pour calcul. Salpingectomie droite pour grossesse extra utérine. 1 accouchement.

C.R.O. : Résection du moignon gauche tubaire épaissi. Ovaire gauche. 2 kystes goudrons. Ovariectomie. Salpingectomie droite. Résection pré-sacrée.

Histologie : Trompe D : présence de nombreux foyers d'endométriose.
Trompe G : réaction inflammatoire avec oedème.
Ovaire gauche : kyste chocolat bordé par un tissu rappelant le tissu théqual dans lequel on trouve de nombreux macrophages contenant des pigments hématiques.

OBSERVATION N° 50 -

D... Maurice, 23 ans, marié.

Vient pour stérilité secondaire. Douleurs pelviennes depuis 3 ans.

Antécédents : appendicectomie, 1 fausse couche.

C.R.O. : gros kyste hématique de l'ovaire gauche se clivant facilement. Suture de lame ovarienne restante. Salpingostomie par retournement.

Histologie : Trompe gauche : hydrosalpinx sans réaction inflammatoire. Trompe droite : hydrosalpinx avec oedème des franges tubaires. Ovaire gauche : kyste folliculaire.

OBSERVATION N° 51 -

S... Thérèse, 35 ans, mariée.

Vient pour kyste tordu de l'ovaire gauche. Episode ressemblant à une hémorragie intra kystique.

C.R.O. : Kyste à la coupe : multiloculaire et goudronneux. Probablement hémorragie intrakystique.

Histologie : Kyste hématique à paroi bordé par 5 à 6 couches de cellules granuleuses. On voit bien la membrane de Slaviansky, puis thèque interne. Kyste folliculaire hématique.

OBSERVATION N° 52 -

D... Suzy, 52 ans.

Ménométrorragies depuis 3 mois. Stérilité primaire.

Antécédents : fibrome

Biopsie d'endomètre : état folliculinique surchargé

C.R.O. : Très volumineux fibrome multibosselé, présentant des adhérences très intenses avec rectum en arrière, ovaire gauche, kyste hématique fusionné avec colon sigmoïde et son méso. Hystérectomie subtotale sans conservation annexielle.

Histologie : kyste folliculaire avec hypertrophie du tissu théqual et hémorragie de la cavité.

OBSERVATION N° 53 -

H... Lucienne, 47 ans, préménopause.

Métrorragies abondantes depuis 1960. Sang rouge, caillots parfois indolores.

Antécédents : 2 fausses couches, 2 accouchements, fibrome.

Hystéro salpingographie : utérus bicorne, myome de la corne gauche.

C.R.O. : Myome. Utérus déformé par de nombreux myomes de taille d'un poing d'homme. Petit kyste goudron sur l'ovaire droit. Hystérectomie subtotale et annexectomie bilatérale.

Histologie : Kyste folliculaire. Fibromyome. Muqueuse état follico-lutéinique.

OBSERVATION N° 54 -

M... Geneviève, 31 ans.

Métrorragies et douleurs pelviennes chez une femme qui se croit enceinte. Constipation. Depuis 8 jours arrêt des métrorragies mais douleurs intenses. Fièvre. Subictère. Pas de manoeuvres locales avouées. Diagnostic: hématocèle, collection enkystée.

Antécédents : 1 avortement.

C.R.O. : Enorme masse abdominale qui bloque tout le pelvis et à laquelle est collée ce qui ressemble à la trompe gauche. Libération au doigt. Ovaire gauche normal. La grosse masse restante est un volumineux kyste hématique ovarien. Ablation du kyste. Hystérectomie subtotale.

Histologie : Petit axe conjonctif scléreux qui correspond peut-être à une villosité choriale ancienne. Ovaire : nombreux kystes folliculaires très dilatés.

OBSERVATION N° 55 -

P... Marion, 19 ans.

C.R.O. : à droite : ovaire genre Stein, volume d'un petit oeuf, résection cunéiforme habituelle.
Ovaire gauche : kyste hématique de volume d'un oeuf d'oie. Résection cunéiforme.

Histologie : 1 - Kyste hématique et follicule kystique
2 - Kyste lutéinique hémorragique.

OBSERVATION N° 56 -

F... Liliane, 39 ans, mariée.

Douleurs intermittentes. Syndrome prémenstruel.

Antécédents : 2 accouchements dont 1 gémellité. Kyste de l'ovaire.

H.S.G. : utérus couché à droite.

C.R.O. : Kyste hématique bilatéral. Hystérectomie.

Histologie : métrose, polypose bénigne de type hyper-folliculinique. Kyste goudron : kyste lutéinique.

OBSERVATION N° 57 -

K... Claire, 23 ans.

Vient pour dysménorrhée et douleurs pelviennes depuis 3 ans, en outre, syndrome prémenstruel.

Antécédents : tuberculose pulmonaire à 8 ans. Ictère catarrhal. Appendicectomie.

Coelioscopie : deux gros ovaires kystiques (mucoïdes) et trompes monoliformes terminées par des pavillons libres. Aucun passage de bleu dans le péritoine.

C.R.O. : à droite, kyste gros comme une orange adhérent à la paroi pelvienne latérale, rempli d'un liquide chocolat.
à gauche : gros kyste plongeant dans le Douglas adhérent au rectum. Vidange du liquide par aspiration. Résection bilatérale.

Histologie : ovaire gauche : cavité limitée par un épithélium cubique mais sans cellules ciliées. On ne peut ni infirmer, ni affirmer le diagnostic d'endométriose.
Ovaire droit : follicule en développement de structure sensiblement normal. Pas de corps jaune.

OBSERVATION N° 58 -

R... Simone, 26 ans, mariée.

Vient pour douleurs pelviennes droites.

Antécédents : 2 avortements - 1 accouchement.

C.R.O. : ovaire gauche : kyste chocolat, ponction 1 litre, énucléation et résection du kyste.
Ovaire droit : petit kyste hémorragique du pôle inférieur qu'on resèque.

Histologie : Ovaire gauche : kyste bordé par un épithélium aplati.
Ovaire droit : follicules kystiques et follicules primordiaux.

OBSERVATION N° 59 -

G... Gisèle, 37 ans.

Douleurs de la fosse iliaque gauche. Dyspareunie profonde.

Antécédents : 1 avortement, 2 pyosalpinx opérés.

C.R.O. : Kystes ovariens hématiques bilatéraux. Le gauche comme un pamplemousse, le droit nombreuses adhérences.

OBSERVATION N° 60 -

C... Andrée, 45 ans, mariée.

Vient pour fibrome, syndrome prémenstruel.

Antécédents: 1 avortement, 1 accouchement, appendicectomie.

Biopsie d'endomètre : état folliculinique atypique.

C.R.O. : fibrome utérin et kyste hématique de l'ovaire gau-

che. Ovaire droit kystique. Hystérectomie subtotale sans conservation annexielle.

Histologie : ovaire : - follicule en développement
- " et corps jaune.

OBSERVATION N° 61 -

M... Alice, 49 ans.

Vient pour stérilité primaire, métrorragies.

Antécédents : rougeole, coqueluche, péritonite tuberculeuse fibrome.

C.R.O. : utérus fibromateux gros comme un poing avec myomes banaux.
Ovaire droit : gros, violet avec kyste hématique.
Ovaire gauche kystique et trompe gauche très rouge.
Hystérectomie totale et annexectomie.

Histologie : ovaire et trompe, réaction inflammatoire très intense sur trompe. Ovaire : petit kyste bordé par un épithélium cyclindrique. 2ème ovaire : follicules kystiques. Réaction fibreuse du stroma.

OBSERVATION N° 62 -

V... Reterghem, 25 ans, mariée.

Vient pour suspicion de grossesse estra-utérine ou de kyste ovarien tordu. Par ailleurs, dysménorrhée en général. Température : 37°6.

Antécédents : 1 accouchement.

C.R.O. : polykystose ovarienne bilatérale, soit claire, soit goudronneuse. Kyste hématique ou endométriose ? Probablement kyste fonctionnel. Résection des kystes.

Histologie : aspect de kyste germinatif bénin de l'ovaire.

OBSERVATION N° 63 -

B..., 43 ans, mariée.

Présente des ménorragies, des douleurs, une asthénie et des vertiges. A l'examen, masse abdominale latéro-utérine gauche, allongée.

Antécédents : 4 enfants.

C.R.O. : hystérectomie sans conservation.

Histologie : ovaire droit : ancien kyste lutéinique avec dépôt abondant de pigment. Ovaire gauche : même kyste lutéinique qu'à droite. Trompe, siège d'hématosalpinx.

OBSERVATION N° 64 -

R... Jeanine, 43 ans.

Vient pour fibrome ayant vite augmenté de volume, en outre, stérilité primaire. Fibrome depuis 4 ans.

C.R.O. : Hystérectomie totale. A droite : ouverture d'un petit kyste goudronneux. Ablation du kyste. A gauche, excision biopsique d'un grain bleu sans doute lutéinique. Gros fibrome, mou, un peu violacé de la face postérieure.

Histologie : ovaire gauche : petit kyste lutéinique bénin. Ovaire droit : kyste goudron tapissé par des séquelles de cellules lutéales. Il s'agit d'un kyste lutéinique ancien. Fibrome : leiomyome bénin. Le myome est gonflé d'oedème.

OBSERVATION N° 65 -

E... Jacqueline, 32 ans.

Présente des douleurs pelviennes permanentes et des métrorragies.

Antécédents : 4 accouchements dont 1 gémellaire.

Coelioscopie : gros kyste hématique droit.

C.R.O. : deux kystes hématiques gros comme des oranges. Le droit prolabé dans le Douglas.

Histologie : Ovaires microkystiques hémorragiques sans lutéinisation.

OBSERVATION N° 66 -

C... Hélène, 35 ans.

Vient consulter pour une dysménorrhée secondaire, ménorragies.

Antécédent : rubéole.

H.S.G. : utérus déformé par des myomes.

C.R.O. : fibromes multiples (8 fibromes). Ovaire droit : kyste hématique, ablation.

Histologie : Ovaire droit : kyste folliculaire hémorragique endométriose du cul-de-sac vésico-utérin.

OBSERVATION N° 67 -

Se plaint de douleurs pelviennes bilatérales permanentes, dysménorrhée en général, de la fièvre vespérale.

Antécédents : 2 accouchements, salpingite.

Coelioscopie : endométriose ovarienne. 6 mois de Norluten puis opérer si douleurs persistent.

C.R.O. : deux ovaires porteurs de kystes hématiques noirâtres, utérus de volume normal, présentant une granulation noirâtre sur la face postérieure. Résection cunéiforme des 2 ovaires.

Histologie : ovaire droit : follicule kystique. Ovaire gauche : kyste folliculaire. Endométriose du Douglas ?

OBSERVATION N° 68 -

R... Marguerite, 46 ans, mariée.

Vient consulter pour règles irrégulières, des douleurs violentes après hystéro-salpingographie ; découverte de petites masses annexielles. Par ailleurs dysurie.

Antécédents : 1 avortement, 4 accouchements.

C.R.O. : kyste hématique de l'ovaire droit. Trompe présentant des végétations. Volumineux hématocèle du Douglas. Hystérectomie totale, sans conservation annexielle.

Histologie : ovaire épithélioma cylindrique évident très invasif.

OBSERVATION N° 69 -

Brénandière, 39 ans, mariée.

Présente des métrorragies tous les deux mois pendant 15 jours ; des pertes rosées au contact.

Antécédent : Kyste ovaire droit, enlevé.

Biopsie d'endomètre : Etat folliculinique

C.R.O. : annexe gauche : kyste hématique collé à la paroi pelvienne gauche. Il ne reste plus de parenchyme ovarien Hystérectomie totale avec annexectomie gauche.

Histologie : ovaire follicule atrétique ancien, mais sans follicule en développement.

OBSERVATION N° 70 -

C... Irène, 32 ans.

Consulte pour stérilité primaire involontaire depuis 4 ans, présente en outre des douleurs pelviennes gauches.

Examen : masse médiane remontant jusqu'à l'ombilic, peu mobile transversalement de consistance ferme, un peu rénittente. Cette masse a grossi progressivement depuis

2 mois.

Coelioscopie : Hydrosalpinx droit avec petite zone ovarienne visible. Kyste apparemment ovarien soulevant l'épiploon.

C.R.O. : Exploration pour kyste abdomino-pelvien de l'ovaire gauche probable. Kyste de la taille d'une tête d'enfant. Utérus de taille normale, est déformé par de petits myomes. Hydrosalpinx droit important adhérent au péritoine pelvien. Opération conservatrice : salpingostomie bilatérale, myomectomie, suspension de l'ovaidroit. Foyers d'endométriose à la section du kyste goudron.

Histologie : - ovaire gauche kyste folliculaire
- trompe hydrosalpinx.

OBSERVATION N° 71 -

B... Bernadette, 31 ans.

Adressée au Dr Palmer pour pyosalpinx. Le malade se plaint de dysménorhée en général, des douleurs pelviennes bilatérales, fièvre 38 - 39°.

Examen : utérus dévié à droite par une masse latéro-utérine gauche, masse douloureuse, rénittente. Kyste ? Pyosalpinx ?

Coelioscopie : masse latéro-utérine gauche, taille d'un oeuf de poule.

C.R.O. : 2 gros ovaires fixés, en les décollant, on tombe dans du chocolat. Endométriose ovarienne. Résection ovarienne droite. Annexectomie gauche.

Histologie : Ovaire gauche : plusieurs kystes folliculaires. Trompe : 2 nodules d'endométriose.

OBSERVATION N° 72 -

B... Lucienne, 38 ans.

Vient pour ménorragies abondantes, dysménorrhée

qui s'aggrave et des douleurs pelviennes unilatérales droites depuis 6 mois.

Antécédents : 2 accouchements, appendicectomie.

Examen : gros corps utérin avec 2 myomes

H.S.G. : saillies fibromateuses, hydrosalpinx droit.

C.R.O. : Polymyomectomie. Cure de rétroversion par pexie discale. Résection des kystes hématiques des 2 ovaires. Curetage utérin pour aspect polypoïde.

Histologie : muqueuse état follico-lutéinique. Ovaire droit corps jaune hémorragique.

OBSERVATION N° 73 -

M... Nicole, 38 ans.

Fibrome entrainant ménorragies non diminuées par le traitement médical. Constatation d'une masse probablement annexielle droite, apparition de douleurs pelviennes avec fièvre.

Antécédents : 3 accouchements

Coelioscopie : kyste goudron rompu enclavé dans le ligament large adhérent à l'uretère.

C.R.O. : kyste de l'ovaire rompu droit, enclavé dans le ligament large. Annexectomie droite. A gauche, résection cunéiforme de l'ovaire porteur d'un kyste folliculinique.

Histologie : Kyste séreux de l'ovaire gauche, présence d'un corps jaune et d'un follicule kystique.

OBSERVATION N° 74 -

P... Françoise, 28 ans.

Il n'a pas été mentionné d'histoire clinique.

C.R.O. : gros myome de la taille d'une fête foetale. Ovai-

res adhérents à la face pelvienne, surtout le gauche où il existe des kystes chocolats. Endométriose ? Lésions d'endométriose sur l'utéro-sacré gauche, myomectomie. Résection des deux ovaires.

Histologie : kyste hématique ne pouvant se classer comme étant une endométriose, prédence de follicules kystiques hémorragiques.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Le volume des kystes hématiques que nous avons trouvés est très variable, le plus petit avait le volume d'une prune, le plus gros celui d'une tête foetale.

Le siège des kystes hématiques est tantôt unilatéral, tantôt bilatéral. Certains étaient uniques et isolés sur un seul ovaire, d'autres étaient plusieurs sur les deux ovaires ou un même ovaire.

Nous avons observé, associés à ces kystes, des foyers extra-ovariens endométriosiques dans 9 cas.

L'âge de nos malades :

La plus jeune avait 19 ans, la plus âgée avait 57 ans.

1.- Répartition des kystes hématiques en fonction de l'âge

moins de 20 ans	1
entre 20 - 30 ans	23
entre 30 - 40 ans	29
entre 40 - 50 ans	17
entre 50 - 60 ans	4
Total	74

3 femmes étaient en post-ménopause.

2.- Répartition en fonction de la lésion ovarienne :

Endométriose

moins de 20 ans	0
entre 20 - 30 ans	6
entre 30 - 40 ans	9

entre 40 - 50 ans	3
entre 50 - 60 ans	2
Total	20

Kystes fonctionnels

moins de 20 ans	1
entre 20 - 30 ans	12
entre 30 - 40 ans	17
entre 40 - 50 ans	6
entre 50 - 60 ans	3
Total	39

Divers

1 kyste séreux à 38 ans
2 kystes germinatifs bénins à 25 ans et 44 ans
1 cancer ovarien à 46 ans.

Associations : 5 cas

a) des kystes fonctionnels entre eux : 2 cas de kystes folliculaires et de kyste lutéinique, l'un à 37 ans (même ovaire) et l'autre à 19 ans (ovaires différents)

b) d'endométriose et de kystes fonctionnels sur ovaires différents :
- kyste lutéinique et endométriose, 29 ans
- corps jaune hémorragique et endométriose, 37 ans

3.- En conclusion

Les kystes hématiques peuvent se rencontrer de la puberté à la ménopause, principalement entre 20 et 40 ans. Il apparait que leur répartition est la même que celle de l'endométriose ovarienne. Celle-ci se présente comme une affection de la femme en pleine activité génitale ; son pic se situe entre 30 - 40 ans (12,5 % des malades) et (45 % des endométrioses ovariennes). Ce qui confirme les résultats des différents auteurs.

En effet, Counseller sur 1342 malades opérées situe le sommet de fréquence de l'endométriose entre 35 - 45 ans.

L'endométriose externe apparait chez les femmes plus jeunes (30 - 40 ans) que l'adénomyose (40 - 50 ans).

Après la ménopause, l'endométriose est rare : nous avons rencontré 2 cas d'endométriose ovarienne après la ménopause. Si nous parlons d'endométriose en général, nous pouvons noter qu'après la ménopause.

Lacomme et Thoyer Rozat	en ont observé		4 cas
Lepage	" a	"	6 cas
Musset	" a	"	2 cas
Huguier	" a	"	9 cas
Varangot	" a	"	10 cas

L'âge le plus reculé est celui d'une malade de Henri Ksen, qui avait 83 ans.

Par contre, nous n'avons pas rencontré d'endométriose ovarienne avant 20 ans; la plus jeune dans notre série a 28 ans.

Quant aux kystes fonctionnels, il est important de noter que leur répartition est identique à celle de l'endométriose ovarienne et comme celle-ci ils sont fréquemment rencontrés entre 20 - 40 ans avec un pic entre 30 - 40 ans.

Antécédents :

1.- Antécédents chirurgicaux et gynécologiques

On a beaucoup insisté sur la fréquence de l'endomètriose chez les femmes ayant des antécédents gynécologiques chargés, chirurgicaux ou simples explorations.

Quelques statistiques :

- Counseller relève 46,2 % d'endométriose ayant subi une intervention antérieure, appendicectomie ou autres interventions abdominales chez 20,6 % des endométrioses.

-Varangot : intervention gynécologique antérieure 19 %
appendicectomie ou autre intervention antérieure 25 %

- Pollosson : intervention antérieure 15 % seulement.

- Nous relevons dans notre étude :

23 appendicectomies :
8 endométrioses ovariennes soit 10 % des endométrioses
12 kystes fonctionnels soit 30,7 % des kystes fonctionnels
3 cas incertains.

17 avortements : il n'a pas été mentionné s'ils ont été curetés ou non, ils comprennent :

3 endométrioses, 15 % des endométrioses
8 kystes fonctionnels, 20,4 % des kystes fonctionnels,
1 cancer ovarien
5 diagnostics incertains

Salpingite : 3 cas :
1 endométriose, 5 % des endométrioses
1 kyste fonctionnel, 2,56 % des kystes fonctionnels,
1 diagnostic incertain.

8 interventions gynécologiques antérieures

. il s'agit de:
4 cas de salpingectomie pour grossesse extra-utérine
1 cas de réimplantation tubaire
1 cure de rétroversion utérine
1 cas de pyosalpinx bilatéraux
1 cas de kyste de l'ovaire.

. Ces 8 cas sont ainsi répartis :
1 endométriose, 5 % des endométrioses
5 kystes fonctionnels, 12,8 % des kystes fonctionnels
2 diagnostics incertains.

Ainsi il ne semble pas évident que les interventions antérieures puissent favoriser l'endométriose ovarienne, les kystes fonctionnels, les kystes hématiques en général.

2.- Antécédents obstétricaux

Le nombre d'endométriose diminue avec la parité, on en a rencontré beaucoup plus chez les nulligestes que

chez les femmes qui ont accouché. Il en est de même pour les kystes fonctionnels.

	Nulligeste	Femmes n'ayant pas accouché	Primipare	Secondipare	Multipare
Endométriose	12	2	5	1	1
Kyste folliculaire	10	1	1	4	4
Kyste lutéinique	6	-	3	2	2
Corps jaune hémorragique	3	-	2	2	2
Kyste séreux	0	-	-	-	-
Kyste germinatif	1		1		
Cas incertains	6	3	3		
Total	38	6	15	9	9

Sur nos cas d'endométriose :

12 n'ont pas d'enfants
4 ont 1 enfant
1 a 2 enfants
1 a 9 enfants
1 mort-né
1 avortement.

L'endométriose n'est donc pas une affection de la mère de famille.

Varangot dans une statistique avait trouvé :
56 femmes avaient 1 enfant
27 femmes avaient 2 enfants
16 femmes avaient plus de 2 enfants.

Meigs attribue au mariage tardif et à la rareté des grossesses un rôle favorisant dans la génèse de l'endométriose. Cela en raison de la répétition continuelle des cycles génitaux avec essaimage plus fréquent des desquamations hors de la cavité utérine (théorie pathogénique de la greffe). Cette conception n'est pas reconnue par tous.

Lésions ou affections gynécologiques concommitantes

32 des 74 malades étaient porteuses d'affections gynécologiques associées au kyste hématique. Une ou plusieurs affections pouvaient se rencontrer chez la même ma-

lade. Ces cas comprenaient :

7 endométrioses
12 kystes folliculaires
5 kystes lutéiniques
2 corps jaunes hémorragiques
6 diagnostics incertains.

Total 32 soit près de 50 % des malades.

1.- Affections gynécologiques rencontrées par ordre de fréquence :

Fibrome : rencontré chez 23 malades, il peut s'agir de fibrome unique ou de nombreux noyaux fibromateux, leur taille était variable, le plus volumineux atteignait les dimensions d'une tête foetale. Leur diagnostic était fait cliniquement, macroscopiquement ou histologiquement. Ces 23 cas comprenaient :

5 endométrioses
12 kystes fonctionnels dont 8 kystes folliculaires
6 cas incertains

Hydrosalpinx : 6 cas : 1 endométriose
4 kystes folliculaires
1 kyste séreux

Rétroversion utérine : 2 cas : 1 kyste folliculaire
1 cas incertain

Muqueuse hyperplasique : 2 cas dont 1 kyste folliculaire
1 kyste séreux

Polype du col : 2 cas : 1 endométriose et 1 corps jaune hémorragique.

Malformation utérine : 1 kyste folliculaire

Prolapsus : 1 cas correspondant à 1 kyste folliculaire

Etat inflammatoire : 1 cas correspondant à 1 kyste inflammatoire

1 grossesse de 2 mois associée à 1 kyste lutéinique tordu

2 grossesses extra utérines pour 2 kystes folliculaires.

2.- Répartition suivant le type de lésion

Sur l'ensemble des endométrioses et des kystes fonctionnels, quelques affections se répartissent ainsi :

	20 endométrioses	29 kystes fonctionnels		
		kystes folliculaires 20	kystes lutéiniques 13	corps jaune hémor. 6
Fibrome	5 soit 25 %	8 soit 40 %	3	1
Polype du col	1 5 %	1	-	-
Infection génitale	1 5 %	1	-	-
Hydrosalpinx	1 5 %	4	-	-
Rétroversion	0 - 5 %	1	-	-

La coexistence fréquente de l'endométriose avec d'autres affections gynécologiques est confirmée par les travaux actuels notamment avec le fibrome.

Nous avons relevé 25 % d'association fibrome et endométriose.

Rochet constate cette association dans 22,4 % des cas.

Varangot dans 25,8 % des cas et Siegler 31 % des cas.

Cela peut-être à cause du terrain hyperoestrogénique relativement voisin pour les deux affections. Signalons que 40 % de nos kystes folliculaires ont été trouvé chez des femmes porteuses de fibrome utérin.

Par contre, la rétroversion utérine, 10 % pour Rochet, n'a pas été rencontrée associée à nos cas d'endométriose.

Signes fonctionnels

Certains kystes hématiques sont demeurés latents et ont apparu sous forme d'une masse abdominale ou pelvienne. D'autres ont motivé une consultation pour :

Stérilité
Dysménorrhée
Douleurs pelviennes
Troubles des règles, etc...

L'interrogatoire a permis de relever des signes

fonctionnels qui n'ont rien de caractéristique et qui peuvent être l'expression d'autres affections gynécologiques. On distingue : pourcentage des malades :

La stérilité rencontrée chez 17,5 % des malades.

	Endométriose	kystes fonctionnels	cas incertains	Total
Stérilité primaire	6	3	2	11
Stérilité secondaire	2	-	-	2
Total	8	3	2	13 = 17,5%

DOULEURS PELVIENNES : 48,6 %

	Endométriose	Kystes fonctionnels	Kyste germinatif	Cas incertains	Total
Douleurs Intermittentes	2	5	1	2	10
Douleurs permanentes	3	9	-	5	17
Non précisées	2	5	-	2	9
Total	7	19	1	9	36 = 48,6%

DYSMENORRHEE : 31 %

	Endométriose	Kystes fonctionnels	Kyste germinatif	Cas incertains	Total
Dysménorrhée en général	5	4	1	5	15
Dysménorrhée primaire	1	-	-	-	1
Dysménorrhée secondaire	2	4	-	1	7
Total	8	8	1	6	23 = 31 %

DYSPARENNIE : 10,8 %

	Endométriose	Kystes fonctionnels	Cas incertains	Total
Profonde	-	-	1	1
Superficielle	-	-	-	-
Non précisée	4	2	1	7
Total	4	2	2	8 = 10,8 %

Syndrome prémensturel : 17,5 % des malades dont 6 endométrioses, 5 kystes, 2 cas incertains.

Syndrome intermenstruel : 2 cas, 2,7 % des malades ; ce sont des kystes fonctionnels.

Ménorragies :

9 cas, soit 12,5 % des malades réparties entre :

endométriose : 1 cas
kystes fonctionnels : 4 cas
kyste germinatif : 1 cas
kyste séreux : 1 cas
Cas incertains : 2 cas.

Méno-métrorragies : 8,1 % pour :

endométrioses : 2
kystes folliculaires : 2
cas incertains : 2

Alternances aménorrhée-métrorragies : 2,7 % :

1 kyste lutéinique
1 kyste germinatif bénin

Aménorrhée : 1,35 % : 1 endométriose

Fièvre : 6,75 %

endométriose : 1 cas
kystes folliculaires : 2 cas
kystes lutéinique : 1 cas
kyste séreux : 1 cas.

Constipation : 1,35 %

Leucorrhée : 2,7 %

Pollakiurie : 2,7 %

Il apparait que les douleurs pelviennes sont les signes fonctionnels les plus rencontrés : 48,6 % des malades contre 31 % pour la dysménorrhée et 17,5 % pour la stérilité. Dans leur ensemble, les signes fonctionnels sont très polymorphes et n'ont rien de pathognomonique ; s'ils peuvent relever de la lésion ovarienne, il est incontestable que les lésions associées ont leur part de participation dans les manifestations cliniques.

L'étude de ces 20 cas d'endométrioses ovariennes fait ressortir :

Stérilité 8 cas, 40 % des endométrioses

Douleurs pelviennes 7 cas, 35 % " "

Dysménorrhée 8 cas, 40 % " "

Hémorragie (ménorragie, métrorragie, ménométrorragies 4 cas, 20 % des endométrioses

Nous n'avons pas rencontré la dysménorrhée endométriosique typique, il y a prédominance des douleurs sur les hémorragies. Varangot communique dans une statistique (Congrès de Lausanne) :

26 % de ménorragies ou de métrorragies
75 % de douleurs rythmées ou non par les règles
35 % de dysménorrhée.

La stérilité est fréquemment retrouvée :

Kistner : 30 - 40 %
Jeffcoate et Potter : 42 %
Counseller : 32,1 % de stérilité absolue
Payne : 40 %
Telinde : 33 % de stérilité absolue
40 % de stérilité relative.

Les facteurs de stérilité dans l'endométriose peuvent être des facteurs anatomiques (travaux de Huffman) modifiant les rapports trompe-ovaire, mais on peut penser que les lésions ovariennes pourraient intervenir par perturbation de l'ovulation ou les secrétions hormonales.

DIAGNOSTIC

L'EXAMEN PHYSIQUE

Par l'examen physique, il est impossible de faire le diagnostic du kyste hématique :

- parfois il reste strictement normal ou à la rigueur on note une légère sensibilité d'un cul-de-sac,

- d'autres fois, on est devant une masse pelvienne ou abdominale ou abdomino-pelvienne, un utérus dévié d'un côté et fixé, un utérus fibromateux.

. Si l'examen physique révèle une anomalie, cela n'a rien de caractéristique, s'il conduit à se poser un diagnostic kyste ou pyosalpinx ? Cela demeure imprécis - on ne peut guère reconnaître un kyste hématique. Celui-ci a été décelé à la coelioscopie ou à la coeliotomie. Quant au diagnostic d'endométriose qu'on porte à ces occasions, c'est une question d'appréciation personnelle, seule l'histologie permet d'affirmer ce diagnostic avec certitude.

LA COELIOSCOPIE

22 coelioscopies ont été pratiquées.

- Le diagnostic de kyste hématique a été soulevé dans 6 cas tous unilatéraux, en fait dans 2 cas, il s'agissait de kystes bilatéraux, le 2e kyste ayant été méconnu à cause des adhérences.

- Le diagnostic d'endométriose a été évoqué dans 6 autres cas, 2 ont été ponctionnés :

  3 cas ont été confirmés par l'histologie

1 cas a été confirmé par l'histologie et la cytologie
1 cas " " la cytologie
1 erreur (il s'agissait d'un kyste folliculaire).

- Le diagnostic ni de kyste hématique ni d'endométriose n'a pu être porté par la coelioscopie dans 10 cas :
  . soit parce que le kyste hématique ou le foyer d'endométriose a été masqué par les adhérences,
  . soit parce que la lésion a pris un aspect trompeur et prise pour une masse latéro-utérine,
    un hématosalpinx
    un kyste d'aspect non hémorragique
  . par contre, la coelioscopie a décelé des lésions associées :
    hydrosalpinx
    aspect inflammatoire du petit bassin
    myome utérin
    hématosalpinx et sang dans le ventre.

- Les erreurs
  . Dans les 6 cas d'endométriose soulevée, nous avons à déplorer une erreur, soit 16,6 %.
  . Le diagnostic de kyste hématique n'est pas fait dans près de la moitié des cas.

Ces erreurs ont été redressées par la coeliotomie ou par l'histologie.

LA COELIOTOMIE

- Le diagnostic de kyste hématique a été fait chez 55 malades, il s'agit de :
  35 kystes unilatéraux
  20 kystes bilatéraux.

- Le diagnostic d'endométriose a été évoqué chez 19 malades et l'examen histologique n'en a confirmé que 5, on a trouvé qu'il s'agissait de :
  5 endométrioses
  5 kystes folliculaires
  2 " lutéiniques
  1 cancer ovarien
  6 diagnostics impossibles.

Si on exclue les diagnostics incertains, cela ramène à 5 endométrioses confirmées sur 13, soit 61,5 % d'erreur.

L'HISTOLOGIE

Mieux que l'appréciation macroscopique, elle permet de faire non seulement le diagnostic de l'hémorragie, mais surtout de la nature de la lésion. Cependant les critères histologiques peuvent manquer, le diagnostic devient alors impossible à faire.

En considérant l'endométriose comme lésion dominante et en posant le diagnostic définitif d'endométriose dans les cas où elle coexiste avec une lésion d'autre nature, nous avons trouvé pour les 74 malades :

20 endométrioses ovariennes, soit 27 % des malades
20 kystes folliculaires " 27 %
19 kystes lutéiniques et du corps jaune, soit 25,6 %
1 kyste séreux soit 1,35 %
2 kystes germinatifs bénins, " 2,70 %
1 épithélioma cylindrique " 1,35 %
11 diagnostics impossibles " 14,80 %

L'étude de l'ensemble des kystes hématiques fait mieux dégager la part de l'endométriose dans la nature de ces kystes. Sur les 104 kystes hématiques, l'examen histologique a trouvé :

25 kystes endométriosiques dont 5 bilatéraux, 3 associés à un kyste fonctionnel du 2e ovaire et 5 associés à des endométrioses extra ovariennes ;

26 kystes folliculaires parmi lesquels, on note :

2 kystes folliculaires bilatéraux
1 association à 1 kyste lutéinique du même ovaire
1 " " 1 " " du 2e ovaire
1 " " 1 kyste du corps jaune " "
3 " " une endométriose extra-ovarienne (trompe, cul-de-sac du Douglass, cul-de-sac vésico-utérin)
2 associations avec 1 grossesse extra-utérine

17 kystes lutéiniques dont 3 bilatéraux

7 kystes du corps jaune dont une association avec une endo métriose extra-ovarienne (cul-de-sac du Douglas)

3 kystes germinatifs bénins dont 1 cas bilatéral

1 kyste séreux

1 épithélioma cylindrique

Cette étude histologique montre qu'à côté des endométrioses ovariennes, il peut coexister d'autres foyers extra-ovariens d'endométriose notemment sur le péritoine du petit bassin, mais qu'à l'inverse on peut avoir une endométriose pelvienne sans que pour cela le kyste ovarien soit endométriosique. Cette dernière association peut facilement induire en erreur dans l'appréciation macroscopique des lésions et faire croire qu'il s'agit d'une endométriose diffuse, alors que celle-ci n'intéresse que les organes voisins laissant intact l'ovaire porteur d'un kyste hématique d'autre nature.

L'étude statistique de ces 104 kystes hématiques permet d'établir qu'ils comprennent :

Kystes endométriosiques	25, soit 24 %
Kyste folliculaire	26, soit 24,9 %
Kyste lutéinique et du corps jaune	24, soit 23 %
Kyste séreux	1, soit 0;961%
Kyste germinatif bénin	3, soit 2,88 %
Epithelioma cylindrique	1, soit 0,961%
Diagnostic incertain	24, soit 23 %

PROBLEME DE DIAGNOSTIC DU KYSTE OVARIEN A CONTENU HEMATIQUE ET DE L'ENDOMETRIOSE OVARIENNE

Le diagnostic macroscopique de kyste hématique est évidemment plus facile à faire par la coeliotomie que par la coelioscopie. Mais si par ces méthodes, on décèle le kyste hématique, on n'aura pas pour autant trouvé sa nature, seule l'histologie peut faire ce diagnostic.

"Il y a certaines lésions endométriosiques que n'identifie pas la coelioscopie. C'est le cas de certains gros ovaires qui même s'ils sont adhérents à la paroi pelvienne n'ont pas une coloration caractéristique" (Varangot).

"Dans les cas d'endométriose de l'ovaire, l'ovaire est gros et adhérent, et ce n'est qu'en étudiant attentivement les zones voisines des adhérences sur l'ovaire ou à son voisinage, que nous avons découvert les corymbes de granulations noirâtres caractéristiques. Toujours à l'opération les lésions se sont montrées plus étendues qu'il n'avait semblé à la coelioscopie. Parfois des trainées brunâtres signaient une rupture récente, mais des aspects analogues peuvent se voir dans des kystes hématiques sans endométriose" (Palmer)

"Le diagnostic macroscopique d'endométriose ovarienne ne peut être basé, en fait sur aucun critère solide ; il n'a été évoqué en principe que d'après l'appréciation personnelle de chaque opérateur" (Huguier et Cheao Seang Lan, communication faite au Congrès de Lausanne 1965). Ces mêmes auteurs ajoutent :

"Nous avons été très stricts dans la sélection des diagnostics d'endométrioses ne retenant que des aspects comprenant un épithélium cylindrique doublé de chorion cytogène, ou tout au moins la présence de chorion cytogène

bien visible sans épithélium autour du kyste. Une collection hématique entourée d'une couche de cellules tantôt cyclindriques, tantôt cubiques, sans chorion cytogène ou bordée de macrophages contenant des pigments sanguins peuvent avoir une origine variable et pas forcément endométriosique. Nous les avons classés dans le groupe des kystes hématiques à diagnostic incertain".

La conception est demeurée la même dans cette thèse. On sait que dans les endométrioses anciennes, la répétition des hémorragies peut modifier l'aspect initial du tissu, il ne subsiste presque plus d'épithélium ni de chorion ; il est alors difficile de faire le diagnostic histologique d'endométriose. Mais cela est valable aussi bien pour l'endomètriose ovarienne que pour les kystes ovariens à contenu hématique en général.

Ainsi le diagnostic histologique n'a pu être fait dans 24 cas, soit 23 % des malades ou près du 1/4. Deux questions peuvent se poser :

1.- Dans ces cas peut-on recourir à d'autres arguments ?

Les signes fonctionnels sont assez disparates et n'ont rien de pathognomonique. En matière d'endométriose, nous n'avons pas une seule fois rencontré la dysménorrhée tardive, secondaire, progressivement intense et rebelle que l'on a décrite comme si caractéristique. De même le trouble des règles qui pourraient être l'apanage des kystes fonctionnels se rencontre chez beaucoup d'endométrioses. Quant au bilan hormonal à savoir frottis vaginaux, biopsie d'endomètre, courbe thermique; il n'apporte pas d'arguments décisifs. Car il s'agit de kystes ovariens à contenu hématique dont les cellules sont pour la plupart lésées et peu fonctionnelles : les kystes folliculaires ne sont accompagnés d'une stimulation oestrogénique élevée que dans 2 cas ; les endométrioses s'accompagnent indifféremment d'un état folliculinique ou folliculo-lutéinique, elles peuvent s'accompagner d'un terrain hyperoestrogénique (Allen, Novak) Brocq).

2.- Peut-on considérer ces cas incertains comme des endométrioses ?

Certains auteurs à défaut d'épithélium cylindrique et de chorion cytogène, ont décrit des formes incomplètes d'endométriose (Courrier) ou des formes d'endométriose atypique (Cotte et Mathieu). Quand bien même ces cas incertains seraient classés endométriose, cette affection ne représenterait qu'un taux faible pour l'ensemble des kystes hématiques, 44 sur 104, soit 42,2 % donc inférieur à la moitié des cas.

CONCLUSION

Les kystes hématiques encore appelés kystes "goudrons" ou "chocolats" peuvent avoir des manifestations cliniques les plus diverses. Ils sont couramment rencontrés au cours de coelioscopie ou de coeliotomie, leur aspect macroscopique ne permet pas toujours d'en connaître la nature, leur examen histologique découvre qu'ils ne sont pas toujours endométriosiques même s'ils coexistent avec d'autres foyers d'endométriose extra-ovarienne. Nombreux d'entre eux sont des kystes fonctionnels, parfois des kystes organiques bénins ou malins. La fréquence de l'endométriose est faible comparativement à celle des kystes fonctionnels ; même si on classe tous les cas de diagnostic incertain comme endométriose, il ne demeure pas moins que le taux d'endométriose (42,2 %) restera toujours inférieur à celui des kystes fonctionnels (47,9 %).

L'étude statistique permet d'établir en gros :

- Chez 74 malades : 1/3 d'endométriose
  1/3 de kyste folliculaire
  1/4 de kyste lutéinique et du corps jaune
  1/6 de diagnostic impossible.

- Sur les 104 kystes hématiques :
  1/4 de kystes endométriosiques
  1/4 de kystes folliculaires
  1/4 de kystes lutéinique et du corps jaune
  1/4 de diagnostic impossible.

Vu, le Président de Thèse
Professeur J. HUGUIER

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ARON C. - Quelques considérations sur l'endométriose pelvienne à propos de 34 cas.
Thèse de Paris N° 964, 1962.

BRET A.J. - SENEZE J. - Dystrophies ovariennes à contenu liquidien.
Encyclopédie médico-chirurgicale - Gynécologie 133 E 10, 1959

DIEULANGARD - Endométriose hémorragique à foyers multiples au cours de la grossesse.
Bulletin de la Fédération de la Société de Gynécologie et Obstétrique. Nov. Déc. 1965, 17, N° 5, 474-476.

GAUTIER B. - Endométriose et cancer de l'ovaire.
Bul. Fed. Soc. Gyn. Obst. Septembre, Octobre 1963, 15, N° 4.

HOUEL J.E. - Endométriose E.M.C. Gynécologie 146 B 10 1961.

HUGUESDON P.E. - La structure des kystes endométriaux de l'ovaire.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Août 1957 - 64, N° 4 481-487.

HUGUIER J. - Un cas d'endométriose, fait anatomo-clinique.
Bull. Féd. Soc. Gynec. Obst. française 1957, 9,9

HUGUIER J. et CHEAO SEANG LAN - Rapport entre l'endométriose et le kyste ovarien à contenu hématique.
Communication au Congrès de Lausanne, 1965.

KEMPERS R.D. - DOCKERTY M.B. - Endométriose post-ménopausique.
Gyn. obst. sept. 1960, 11, N°3, 348-356.

LOUYOT J. - A propos de diagnostic clinique de l'endométriose pelvienne.
Rev. franç. gyn. obst. Février 1961, 56, N° 2 139 - 144.

MAGENDIE J. - Kystes dystrophiques de l'ovaire. Endométriose ovarienne à forme kystique.
E.M.C. gynécologie, 663 A 10, 1956.

MIKAELLAN - Un cas exceptionnel d'hyperplasie monstrueuse de l'endomètre associée à une alutéine et à une endométriose pelvienne chez une jeune fille de 18 ans.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Juin - Août 1966. N 18, N° 3, 268 - 269.

MOORE WHITTE - Stérilité et endométriose du petit bassin.
Gyn. Prat. 1960, 11, N° 5, 379-382.

PALMER R. et CAPLER P. - Les indications de la coelioscopie et de la chirurgie dans les douleurs pelviennes.
Vie Méd. 1964, 145. Suppl. 70-80.

PALMER R. - La coelioscopie gynécologique.
E.M.C. 71 A 10, 1965.

ROCHET Y. - L'endométriose génitale.
Lyon Chirurgie - Mai 1966, 62, N° 3, 458-475

ROMAN C. - Processus physico-pathologique des métrorragies avec kystes folliculaires persistants.
C.R. Soc. Franç. Gyn. Avril 1961 - 31 - N° 4 261-267.

ROMAN C. - Sur une forme exubérante d'endométriose ovarienne.
C.R. Soc. franç. gyn. Avril 1964, 34, N° 4.

SALVANET - Kystes dystrophiques de l'ovaire. L'endométriose génitale. Monographies. Gynécologie Sept. Oct. 1959, N° 82.

SERMENT - Problèmes des kystes fonctionnels ovariens.
Rev. Praticien, 1er juin 1965, 15, N° 16, 2203-2209.

VARANGOT J. et GIRAUD - L'endométriose génitale étiologie - clinique - biologie - pathogénie. Bull. Ped. Soc. Gyn. Obst. 17, N° 1 bis, 1965.

VARANGOT J. - Aspects étiologiques, clinique et pathologique de l'endométriose génitale. Med. et Hyg. 25 mai 1966, 24, N° 735. 523-524.